LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Dermatologie : Les trichophyties humaines, 785. — **Bibliographie** : Des applications de la micrographie et de la bactériologie à la précision du diagnostic chirurgical, par le Dr Aubeau, 788. — Clinique et thérapeutique infantiles, par le Dr R. Blache, 788. — **Académie des sciences** : *Séance du 3 décembre* 1894. — Présidence de M. Lœwy. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur chez le kanguroo, 789. — De l'action de la toxine du staphylocoque pyogène sur le lapin et des affections secondaires qu'elle détermine, 790. — Sur la désinfection des matières fécales, 790. — **Académie de médecine** : *Séance publique annuelle du 13 décembre* 1894. — Présidence de M. J. Rochard, 792. — **Société de chirurgie** : *Séance du 12 décembre* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Traitement des polypes naso-pharyngiens, 793. — Gastrostomie pour cancer de l'œsophage, 793. — Gastro-entérostomie au moyen du bouton de Murphy ; mort, 794. — Kyste hématique de la capsule surrénale ; ablation ; mort, 794. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 7 décembre* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Traitement de la typhlite et de l'appendicite, 794. — 231 cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique, 796. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 24 novembre* 1894. — Présidence de M. Christian. — Présentation de volume, 796. — Rapport sur la candidature de M. le Dr Guermonprez, de Lille, 796. — Traitement de la tuberculose génitale par les injections interstitielles de chlorure de zinc, 797. — *Séance du 8 décembre*. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 30 octobre* 1894. — Présidence de M. Verchère. — Varus équin double d'origine paralytique, guérie par les ténotomies multiples. Genu valgum double redressé par l'ostéotomie sus condylienne, 798. — Traitement local et la méthode sérumthérapique dans la diphtérie, 798. — **Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissements** : *Séance du 5 décembre* 1894. — Présidence de M. le Dr Verchère, 798. — **Nouvelles**, 799.

DERMATOLOGIE

—

Les trichophyties humaines (1)

Jusqu'à ces dernières années, sur la foi des vieux maîtres en dermatologie, de Bazin, de Hardy..., l'unité de la trichophytie était admise sans conteste ; d'après eux, la teigne tondante, le sycosis, l'érythème circiné trichophytique étaient toujours produits par le même trichophyton. C'était si simple, si séduisant, cette unité de la trichophytie, que l'on comprend qu'elle ait été acceptée si facilement.

Cependant, il y avait lieu de s'étonner que des lésions aussi dissemblables que le sycosis et l'érythème circiné — lésion profonde, dans le premier cas, difficilement curable ; lésion superficielle, dans le deuxième cas, guérie en peu de jours par quelques applications de teinture d'iode — fussent causées par le même parasite.

M. Sabouraud, élève distingué de M. le Dr Besnier, dans le laboratoire duquel ses recherches ont été faites, a voulu prouver dans sa thèse qu'il y avait plusieurs trichophytons et que chaque lésion était produite par une espèce spéciale. Pour défendre cette opinion, il a fait une série de recherches conduites avec une persévérance et une patience dignes des plus grands éloges.

Non seulement M. Sabouraud a voulu démontrer la pluralité des trichophytons, mais aussi il a prouvé qu'il n'y avait pas une seule tondante produite par un seul parasite.

Le travail de ce distingué dermatologiste est divisé en deux volumes : un volume de texte et un atlas. A ceux qui n'auraient pas le temps de parcourir le premier, qui est un traité de longue haleine, nous conseillons d'étudier au moins l'atlas, qui renferme 174 clichés photographiques d'une exécution parfaite et dus à M. le Dr Doyen, de Reims. Ces clichés représentent des cultures, des préparations microscopiques des différents trichophytons et même quelques lésions trichophytiques ; ils donnent la reproduction fidèle de la nature, et par leur netteté valent plus que les descriptions les plus exactes et les plus claires. On ne saurait trop louer l'auteur de ces planches, qui forment un complément des plus précieux pour la compréhension du texte. Si nous ajoutons qu'entre ces figures est intercalée une description rapide et claire des différents trichophytons, de leur culture et de la lésion qu'ils produisent, on comprendra que tout médecin, même étranger à l'étude de la dermatologie, pourra facilement prendre connaissance des recherches de M. Sabouraud.

L'ouvrage de cet auteur comprend 4 parties précédées d'une introduction sur le rôle actuel du parasitisme dans la pathogénie générale. Dans cette introduction une place trop grande est faite au parasitisme, il n'est même pas fait mention de certains processus pathogéniques tels que les troubles de la nutrition, les auto-intoxications... Mais cette introduction n'est qu'un hors-d'œuvre, une entrée en matière. Nous passerons outre.

La première partie discute la question de la pluralité des tondantes. D'après l'auteur, il y a plusieurs

(1) Par le Dr Sabouraud. (Thèse de Paris, 1894.)

tondantes, il y en a trois et cela est prouvé par la clinique, l'examen microscopique et les cultures.

Etude clinique. — Dans l'une de ces tondantes, il y a, au niveau de chaque plaque, la lésion que l'on connaît depuis longtemps sous le nom de *pityriasis alba parasitaire*, les cheveux sont cassés longs, et dans leur partie aérienne sont engainés par une couche grisâtre. Dans la 2e tondante, il n'y a pas de pityriasis, du moins quelque temps après son début, et les cheveux cassés courts sont dépourvus de gaine. Dans la 3e tondante, il y a, au niveau de la plaque, ou des plaques, des altérations tégumentaires consistant surtout en folliculites suppurées; les cheveux y sont engainés, mais tout près de l'orifice folliculaire.

Examen microscopique. — Cet examen montre que, dans la 1re tondante, le parasite est situé hors du cheveu, sous forme de petites spores agminées, tandis que dans la 2e, le trichophyton constitue des chapelets de grosses spores situés à l'intérieur des cheveux; dans la 3e, le parasite est hors du cheveu comme dans la 1re, mais n'entoure que sa partie radiculaire, sa gaine de grosses spores ne se prolongeant qu'un peu au-dessus de l'orifice des follicules.

Cultures. — Les cultures, dont l'application récente à la dermatologie a contribué pour beaucoup à la différenciation des tondantes, ont montré que la 1re tondante donnait toujours un tapis de duvet blanc amiantacé, que la 2e fournissait une culture d'une couleur brunâtre tantôt cratériforme, tantôt acuminée, tandis que la 3e produisait une culture blanche avec rayons périphériques.

Les données microscopiques précédentes viennent donc à l'encontre des anciennes notions sur le siège du parasite; il y a peu de temps encore, on croyait que, dans toutes les lésions trichophytiques des parties pileuses, le trichophyton siégeait toujours à l'intérieur des cheveux.

M. Sabouraud avait appelé au début de ses recherches le 1er de ces parasites *trichophyton microsporon*, mais il est revenu plus tard sur cette dénomination, lorsque ses recherches mycologiques et bibliographiques lui eurent démontré que ce parasite n'est pas un trichophyton, mais le parasite décrit cinquante ans auparavant par M. Grüby sous le nom de *microsporon Audouini*. Adressons en passant un juste tribut d'éloges à M. Sabouraud qui, avec la franchise la plus parfaite, a rendu à son auteur la découverte qui lui revenait. M. Sabouraud a rectifié, de plus, une erreur qui avait cours depuis des années, à savoir que le microsporon Audouini était le parasite de la pelade, ce que M. Grüby n'a jamais écrit.

M. Sabouraud propose d'appeler la 1re tondante *tondante à petites spores* ou *tondante de Grüby* pour la distinguer des deux autres tondantes qui sont de vraies tondantes trichophytiques, produites l'une par le trichophyton mégalosporon endothrix, l'autre par le trichophyton mégalosporon ectothrix.

Ce qui prouve bien que chacun de ces parasites a son individualité propre, c'est qu'il donne lieu toujours à la même culture sur un même milieu; inoculé, il reproduit la même forme trichophytique. Enfin pour les cas de contagion dans une famille, dans une école, c'est toujours le même trichophyton qui se propage.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur, après avoir prouvé la pluralité des tondantes, cherche à démontrer la pluralité des trichophytons. La démonstration est en partie déjà faite, puisque nous avons déjà vu qu'il y a deux principaux trichophytons : l'endothrix et l'ectothrix.

Dans un premier chapitre, M. Sabouraud démontre pour les cultures la pluralité des trichophytons. Nous ne suivrons pas l'auteur dans tous les détails minutieux de technique bactériologique qu'il connaît si bien. D'abord il y avait deux problèmes à résoudre, en premier lieu, celui de se débarrasser des espèces cryptogamiques diverses qui accompagnent les trichophytons et qui ne jouent aucun rôle parasitaire; en deuxième lieu, pour pouvoir comparer les cultures entre elles, il y avait à trouver un milieu nutritif solide, toujours chimiquement le même. M. Sabouraud l'appelle *milieu d'épreuve* (1); ce milieu doit être placé toujours dans les mêmes conditions d'aération, d'humidité et de température.

Dans un deuxième chapitre, la pluralité des trichophytons est prouvée par l'examen microscopique. On sait que, pour cet examen, il est nécessaire de traiter le cheveu par une goutte de solution de potasse à 40 0/0. Eh bien, quand on pousse cette dissolution très loin, on voit que tantôt les spores de chaque filament mycélien ne s'égrènent pas (*t. à mycélium résistant*), tantôt elles se séparent (*t. à mycélium fragile*). De plus, l'un a des spores carrées, qui par leur juxtaposition forment des rubans, l'autre a des spores rondes qui constituent comme des chapelets.

Sur le milieu d'épreuve, le premier donne lieu à une culture brune d'aspect cratériforme tout à fait caractéristique; le second fournit une culture acuminée, représentant un cône très aplati, partagé en secteurs réguliers par des scissures plus ou moins profondes.

Passons au trichophyton ectothrix. Celui-ci forme au poil ou au cheveu une gaine qui n'existe que dans leur portion radiculaire. Ce trichophyton est *pyogène* par lui tout seul, quand il possède toute sa virulence; il est pyogène, à l'exclusion d'autres parasites. Le trichophyton ectothrix donne en outre des cultures blanches..... Il comprend plusieurs espèces qui sont toutes d'origine animale et qui, pour M. Sabouraud, fournissent chacune sur l'homme une lésion spéciale. C'est d'abord le trichophyton du chat, qui produit *l'herpès iris vésiculeux de Bietl*; sa culture est d'un blanc de neige, avec centre duveteux et rayons périphériques.

Puis vient le trichophyton du cheval qui cause le

(1) Eau, 100; agar-agar, 1,30; peptone, 0,50; maltose, 3,80.

sycosis, sa culture ressemble beaucoup à celle du trichophyton du chat, mais la couleur en est saumonée et non pas tout à fait blanche. A côté de ces formes communes, il existe une deuxième espèce d'origine équine, assez rare, dont les cultures ne sont plus blanches, mais d'un jaune brun ; c'est ce trichophyton qui produit chez l'homme la trichophytie de la barbe à forme de dermite humide disséminée, étudiée particulièrement par M. Sabouraud. Enfin le même auteur signale une espèce d'origine aviaire, dont les cultures sont roses, qui cause la trichophytie sèche de la barbe à forme d'ichthyose pilaire.

Par tout ceci, nous voyons que l'auteur a ajouté à nos connaissances vagues sur le trichophyton des animaux des notions plus complètes ; il a eu le mérite de démontrer qu'il y avait chez les animaux plusieurs trichophytons, spéciaux à eux et engendrant chez l'homme des lésions particulières.

Passons au troisième chapitre, que nous parcourrons rapidement, chapitre qui démontre la pluralité des trichophytons par la clinique. Il existe une forme de tondante que les anciens connaissaient déjà, dans laquelle les cheveux malades sont cassés exactement au niveau de la plaque ; celle-ci est pour ainsi dire rase et simule dans une certaine mesure une plaque de pelade. Cette tondante est précisément due à ce trichophyton endothrix à mycélium fragile dont nous parlions tout à l'heure.

Plus loin l'auteur traite du sycosis et du kérion Celsi, qui d'après lui seraient produits tous deux par le trichophyton endothrix pyogène du cheval. Enfin, il arrive à la folliculite agminée des parties glabres décrite par M. Leloir et attribuée par ce dernier à l'action de micrococci, et non d'un trichophyton. Pour M. Sabouraud, le trichophyton du cheval existe dans cette maladie, « mais il est rare que des filaments mycéliens nombreux se rencontrent dans la préparation, à moins que les produits du raclage examinés ne contiennent un poil malade, ce qui est loin d'être la règle. La culture, au contraire, est toujours probante ». Il appartient donc à M. Sabouraud d'avoir démontré la nature des folliculites en placard.

Cependant, après avoir cherché à prouver que la forme de la lésion trichophytique dépend de l'espèce de trichophyton qui la cause, M. Sabouraud fait remarquer qu'il y a des exceptions à la loi de spécificité des trichophytons, exceptions tenant à la virulence variable des espèces. Cette virulence variable peut, avec un même trichophyton, créer des lésions d'aspect varié ; le siège de la lésion peut jouer aussi un certain rôle.

Nous ne parlerons pas du court chapitre qui a trait à la *teigne imbriquée* et à quelques autres teignes exotiques, et nous arrivons à une des parties les plus originales de ce travail, à l'hypothèse d'une existence saprophyte des trichophytons. La facilité avec laquelle les trichophytons croissent sur les milieux de culture, le fait que, dans la vie parasitaire, ces êtres sont réduits à la seule spore mycélienne qui semble peu propre à assurer la perpétuité de l'espèce, tout cela semble imposer l'idée que ces êtres ont en dehors de leur vie parasitaire une existence saprophyte. Cette hypothèse paraît se vérifier par l'expérience, car M. Sabouraud a obtenu des cultures trichophytiques sur du terreau de serre, du bois, des graines, des feuilles, et jusque dans le liquide minéral de Minogradsky.

Nous passerons les savantes études mycologiques de l'auteur sur les trichophytons. Au point de vue botanique, ces derniers rentrent dans la classe des *mucédinées*, dans un groupe voisin de celui des botrytis, dans lequel se trouve le parasite du ver à soie.

Dans le chapitre qui suit, l'auteur parle des inoculations qu'il a faites sur lui-même avec ces différents trichophytons ; chacun d'eux a été repris par lui, a été cultivé de nouveau, et la *culture de retour* s'est montrée toujours la même.

Dans le troisième chapitre, M. Sabouraud fait la synthèse clinique des trichophyties, que nous résumerons en quelques mots. Les tondantes sont produites tantôt par le trichophyton endothrix à mycélium résistant, tantôt par le trichophyton endothrix à mycélium fragile, plus rarement par le trichophyton ectothrix comme dans le kérion ; les trichophyties cutanées sont causées soit par le trichophyton endotrix (trichophytie accessoire des teigneux de Besnier) soit par le trichophyton à cultures blanches (trichophytie suppurée) ; les trichophyties de la barbe sont toujours produites par le trichophyton ectothrix.

Enfin, la quatrième partie contient la description de la tondante à petites spores ; nous ne l'analyserons pas, car nous avons déjà parlé de cette teigne à propos de la pluralité des tondantes. Le microsporon Audouini est formé de spores accolées ensemble, sans trace de mycélium. On voit donc que la différence entre le microsporon Audouini et le trichophyton ectothrix *au point de vue microscopique* est que le premier consiste en simples spores, tandis que le second est constitué par des spores réunies en filaments mycéliens. Au point de vue clinique, M. Sabouraud soutient que la teigne de Grüby est plus fréquente, plus rebelle que les tondantes trichophytiques ; il prétend aussi qu'elle ne s'accompagne jamais de lésions circinées de la peau. Mais M. Béclère a prouvé que ces trois assertions étaient trop absolues. Pour nous, nous ne voyons pas bien pourquoi, dans une maladie où le parasite est situé exclusivement autour du cheveu, dans sa partie aérienne principalement, le traitement soit si peu efficace. Il aurait été intéressant que M. Sabouraud eût pratiqué des coupes histologiques du follicule pileux pour voir si le parasite ne pénétrerait pas dans les différentes couches de celui-ci, comme l'auteur l'a démontré pour le trichophyton ectothrix, mais nous nous arrêterons ici. Si nous nous sommes étendus si longuement dans notre analyse, c'est que l'ouvrage remarquable de M. Sabouraud contient une

foule de détails nouveaux et intéressants qu'il était impossible de résumer en quelques lignes.

Dr Barbe.

BIBLIOGRAPHIE

Des applications de la micrographie et de la bactériologie à la précision du diagnostic chirurgical, par le Dr Aubeau. — Soc. d'édit. sc , Paris, 1894.

Si non e vero, e bene trovato. Les questions les plus controversées, les inconnues les plus absconses de la pathologie humaine, les problèmes les plus attachants de la bactériologie, sont désormais résolus. M. Aubeau, dans un opuscule, petit de format, mais grand par ce qu'il contient (comme la cassette d'Harpagon décrite par Petit-Jean) a mis en quelques pages, texte et photogravures, la solution tant cherchée depuis plusieurs années, par les hommes les plus illustres, les savants les plus autorisés.

Je ne puis affirmer la vérité des conclusions qui découlent du travail de M. Aubeau, n'ayant pas la compétence nécessaire, et n'ayant pas trouvé, dans les photogravures qu'il présente, la démonstration qu'il désirait rendre évidente aux yeux les moins clairvoyants. Exemple, dans la fig. I, intitulée : « Globules rouges à noyaux », je n'ai pas vu les noyaux, si tant est que j'aie reconnu les globules.

Mais je ne veux pas insister sur le côté théorique des modifications que M. Aubeau admet comme se produisant dans le sang des malades qu'il examine. A la Société où ce travail a été présenté, ont été opposées les objections qui viennent à l'esprit de tout lecteur impartial. Comme l'a dit M. Lebec, « une énorme masse de cellules, venant de l'utérus et recueillies dans le sang du lobule de l'oreille paraît, (*à priori*, me hâtai-je d'ajouter), avoir suivi une voie mystérieuse de la circulation, un chemin réputé inaccessible aux corps solides d'un certain volume ». De plus, fait encore remarquer M. Lebec « la préparation qui lui a été montrée ne semble pas assez démonstrative pour admettre cette circulation générale ». Il est vrai que M. Aubeau, dans la même discussion, répond « par une affirmation, par une confirmation absolue de tout ce qu'il a avancé ». « Nous avons saisi, dit-il, sur le fait, le mécanisme de l'embolie, de l'infection, des métastases, de la récidive à distance, de la généralisation... Vous nous demandez de les expliquer. C'est là une question différente, qui devra nécessairement attendre du temps et des recherches nouvelles une partie de son interprétation. » Nous ferons comme la question, nous attendrons avant de nous prononcer.

Il est un autre fait admis par M. Aubeau, et qui ne l'est *peut-être* pas par tous les microbiologistes. Je veux parler de l'existence du bacille de la syphilis. M. Aubeau l'admet, démontré par M. Golasz, qui est sûrement le seul à l'avoir trouvé. Attendons donc encore avant de rien affirmer.

Une seule chose reste indiscutable, c'est la persévérance avec laquelle ont été recueillis les clichés et les observations, la patience avec laquelle ont été faits les examens et le soin qu'ont apporté les éditeurs à l'exécution matérielle de ce travail. On ne saurait nier l'énorme progrès que font chaque jour les éditions médicales, et la Société des éditions scientifiques marche en tête de ce progrès vers le beau et l'élégance.

F. Verchère.

Clinique et thérapeutique infantiles, avec formulaire pratique, par le Dr R. Blache. 2 vol. Bibliothèque Charcot-Debove. — Paris, Rueff et Cie, éditeurs. 1894.

La pratique infantile a été l'objet de préoccupations constantes, de la part des cliniciens, dans ces dernières années, si l'on en juge par le nombre des publications relatives à la pédiatrie, et par les journaux spéciaux. A mesure que ces travaux apparaissent, leurs auteurs se rendent mieux compte des besoins du lecteur, qui est presque toujours un praticien. A ce point de vue, indépendamment des saines notions de clinique et de thérapeutique, contenues dans cet ouvrage, l'auteur a tenu à faire une œuvre particulièrement pratique. C'est l'ordre alphabétique qui est suivi ; pour un livre destiné à être ouvert à chaque instant, c'est le plus commode. Chaque article débute par des considérations cliniques et étiologiques succinctes, qui peuvent modifier les applications thérapeutiques. Ces considérations présentent un intérêt particulier, lorsqu'il s'agit de pathologie infantile, par suite des formes spéciales que revêtent la plupart des maladies chez l'enfant. C'est en se guidant sur cette idée, que l'auteur a développé quelques points d'étiologie, de pathogénie, faisant ressortir les modifications d'évolution de certaines maladies. L'hygiène et l'antisepsie préventive, occupent une place importante dans cet ouvrage pratique. La prophylaxie offre dans le jeune âge une importance capitale. il n'est pas un seul cas où le médecin qui soigne l'enfant, n'ait à formuler des préceptes sur ce point.

L'activité du mouvement nutritif chez l'enfant prête à l'évolution des maladies une physionomie spéciale, mais cette vitalité lui permet de surmonter des situations désespérées. De là, deux préceptes que le Dr Blache a tenu à formuler, et qui se résument dans ces deux mots : prudence et énergie. « Toute temporisation, dit-il avec raison, pourrait être fatale, et auprès d'un enfant en danger, le médecin doit se rappeler qu'il a le devoir d'user de tous les moyens dont il peut disposer. Une seule conduite lui est interdite, c'est l'inaction et le découragement. » Ajoutons que le praticien trouvera dans cet ouvrage un petit nombre de formules, mais présentées en vue de faire facilement accepter les médicaments aux enfants.

L. Jumon.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 décembre 1894. — Présidence de M. Lœwy.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur chez le kanguroo. — MM. Lannelongue et Achard. Au printemps de l'année 1892, une maladie particulière sévissait sur les kanguroos du Muséum; ces animaux présentaient des abcès des mâchoires, l'alimentation devenait pour eux impossible et ils mouraient dans le marasme. M. le professeur Alph. Milne-Edwards voulut bien nous charger d'étudier la microbiologie de cette affection : grâce à son obligeance, nous avons pu pratiquer l'autopsie d'un kanguroo femelle, sujet de grande taille, mort dans la nuit du 3 au 4 juin 1894.

Cet animal présentait à la région sous-maxillaire, du côté gauche, un abcès fluctuant, contenant un pus sanieux, mélangé de grumeaux caséeux et grisâtres; les ganglions de la chaîne parotidienne étaient tuméfiés et suppurés. En disséquant le foyer purulent, nous trouvâmes le corps de la mâchoire inférieure gauche complètement divisé, un peu en avant du trou mentonnier, en deux fragments baignant dans le pus. Le fragment antérieur, friable, laissait voir à nu la longue racine, elle-même nécrosée, de la grande incisive de ce côté. Le fragment postérieur montrait en avant un séquestre adhérent, parfaitement lisse et dénudé, à bord antérieur net, figurant une ligne avec quelques brisures et tout à fait semblable à un séquestre d'ostéomyélite humaine. En arrière de ce séquestre, le maxillaire formait un petit bourrelet d'hyperostose. Les autres régions et les viscères ne présentaient aucun foyer de suppuration.

Des ensemencements furent faits avec le pus de l'abcès, de l'infiltration œdémateuse et des ganglions, ainsi qu'avec le sang du cœur : des inoculations furent pratiquées dans le péritoine de divers animaux (souris, cobayes, lapins, pigeons) avec le pus et les parois de l'abcès. Les ensemencements faits avec le sang demeurèrent stériles; les autres donnèrent, en cultures pures et mélangées, un microbe particulier que nous allons décrire; des cultures pures furent obtenues notamment avec le pus des ganglions. Enfin les animaux inoculés succombèrent en un ou deux jours et le sang puisé dans leur cœur fournit aussi des cultures pures de ce même microbe.

Ce microbe se présente sous l'aspect d'un fin microcoque; il est généralement accouplé en diplocoque lorsqu'on l'observe dans le pus; nous ne l'avons jamais vu former de véritables chaînettes; souvent il est groupé en amas épais lorsqu'on l'examine dans les cultures. Il est dépourvu de capsule et se colore par la méthode de Gram.

Ses cultures sur la gélose ont un aspect un peu variable. Souvent elles forment, au début, de petits points plus ou moins confluents; les petites colonies sont très cohérentes, mais elles adhèrent à peine à la gélose. Parfois, dès le début, la culture forme une traînée mince, demi-transparente et brillante; plus tard les colonies s'épaississent un peu, restant plus minces sur les bords qui offrent souvent plusieurs zones disposées en cocarde. En vieillissant, les cultures deviennent très adhérentes à la gélose.

Sur gélatine, par piqûre, les cultures se développent lentement et seulement au-dessus de 20°.

Dans le bouillon, la culture ne donne lieu, au bout de vingt-quatre heures, qu'à un léger trouble. Puis ce trouble augmente, une pellicule blanche, plus ou moins épaisse, se forme à la surface. Plus tard se produit un dépôt épais et visqueux, blanc grisâtre, qui, par l'agitation, s'élève du fond du vase en formant un tourbillon consistant, difficile à fragmenter.

Les effets pathogènes obtenus par l'inoculation des bouillons de culture ont été variables.

Sous la peau du cobaye, l'injection de 1 cc. à 1 cc., 5 n'a jamais provoqué d'abcès ni de phlegmon.

Dans le péritoine du cobaye et du lapin, l'inoculation produit une péritonite suppurée rapidement mortelle : 5 gouttes de cultures virulentes suffisaient à amener la mort en moins de quinze heures.

L'inoculation intra veineuse chez le lapin produit la septicémie, sans abcès, ou bien provoque la formation de foyers de suppuration plus ou moins nombreux, ou enfin détermine des troubles passagers n'entraînant pas la mort. Chez les animaux qui succombent, on trouve le microbe à l'état de pureté dans le pus des abcès, dans le sang du cœur et parfois aussi dans l'urine.

Chez deux lapins, qui ont succombé, l'inoculation intraveineuse avait donné lieu à la formation d'arthrites suppurées multiples. Chez un troisième, une arthrite radio-carpienne se développa, avec gonflement et fluctuation, l'animal maigrit considérablement, puis fut pris, au vingtième jour, d'une paraplégie transitoire qui disparut au bout de quatre jours; enfin l'arthrite se résorba, le poids remonta et l'animal est encore actuellement vivant et bien portant, après vingt et un mois. Cette expérience nous paraît particulièrement intéressante, car, outre la coexistence d'accidents infectieux variés, elle offre un exemple d'une sorte de pseudo-rhumatisme mono-articulaire, avec épanchement spontanément résorbable, et provoqué par une infection générale. Jamais, par l'inoculation intra veineuse, nous n'avons produit d'ostéomyélite suppurée, bien que ce microbe fît du pus en différents tissus et bien qu'un certain nombre de nos animaux fussent jeunes et en pleine période de croissance. Mais nous avons pu provoquer la suppuration de la moelle osseuse par une inoculation locale, en introduisant dans l'os, après trépanation, de petits fragments de moelle de sureau imbibés de cultures. Dans un cas notamment, l'os s'étant brisé pendant la trépanation, le foyer de la tracture se fransforma en un volumineux abcès.

Ajoutons que les températures élevées lui font perdre sa virulence. Ainsi à 46° il pousse encore dans le bouillon avec une certaine abondance, quoique plus lentement qu'à 37°, mais ses cultures sont inoffensives. Enfin les inoculations non mortelles ne nous ont paru conférer aucune immunité.

En résumé, le microbe que nous venons d'étudier est un microcope pyogène, qu'on ne peut identifier complètement avec les microcoques pyogènes vulgaires. Il se rapproche du streptocoque par certains caractères de culture, mais il ne forme pas de chaînettes, pousse plus largement sur le gélose, donne un dépôt plus épais et plus visqueux dans le bouillon qu'il trouble d'ordinaire uniformément. Enfin il n'a pas produit d'ostéomyélites dans les conditions où le streptocoque pyogène en détermine. Toutefois, il faut reconnaître que l'ostéomyélite du kanguroo présentait bien certains traits des ostéomyélites à streptocoques observées en pathologie humaine, et notamment la diffusion de la suppuration, l'atteinte marquée du système lymphatique.

Par plusieurs caractères, ce microorganisme se rapproche aussi d'un microbe trouvé par Weichselbaum dans une endocardite humaine et décrit par lui sous le nom de *Micrococcus endocarditis rugatus* ; mais ce dernier microbe poussait sur la pomme de terre, contrairement au nôtre ; de plus, l'auteur allemand le compare pour l'aspect et les dimensions aux staphylocoques, alors que notre microcoque se présentait en grains plus petits.

Une particularité qui mérite d'être signalée consiste dans les variations des aptitudes pathogènes de ce microcoque pendant les vingt mois durant lequels nous avons pu poursuivre sa culture. Au début, injecté dans le sang, il tuait facilement par septicémie ; à une certaine époque, il provoquait des arthrites : les trois lapins chez lesquels nous avons décrit ces accidents ont été inoculés du 8 au 27 juillet 1892; puis, malgré de nombreuses tentatives, nous n'avons pu reproduire ces arthrites ; plus tard, dans les derniers mois, il avait perdu sa virulence et ne déterminait plus aucun phénomène morbide, même lorsqu'on l'inoculait dans le péritoine du cobaye.

Un dernier point doit être discuté. Quel a été le rôle de ce microbe dans la maladie des kanguroos ? Tout d'abord, il est évident que nous ne sommes pas en droit de conclure de nos recherches qu'il ait été l'agent pathogène et spécifique de cette petite épizootie, puisque l'examen microbiologique n'a porté que sur un seul cas. D'autre part, il y avait dans le foyer purulent, chez l'animal examiné, des microbes nombreux, puisque ce foyer communiquait avec la bouche. On peut toutefois accepter comme vraisemblable que ce microbe ait joué un rôle important dans le développement de l'ostéomyélite du maxillaire, étant donné qu'il était pyogène, qu'il se trouvait dans le pus du foyer, qu'il se trouvait même à l'état de pureté au voisinage du foyer principal, dans les ganglions. Il est très probable encore, vu l'absence de toute lésion viscérale, qu'il avait pénétré dans l'os non par la voie sanguine, mais par la voie buccale, et sans doute par l'intermédiare du tissu lâche qui unit à l'alvéole la longue racine de l'incisive dont l'extrémité nécrosée plongeait dans le foyer ostéomyélitique. C'est aussi, d'ailleurs, d'une origine dentaire que semblent procéder, dans la pathologie humaine, la plupart des ostéomyélites de la mâchoire inférieure.

De l'action de la toxine du staphylocoque pyogène sur le lapin et des infections secondaires qu'elle détermine. — MM. Mosny et G. Marcano. L'inoculation intraveineuse à doses élevées de cultures filtrées du staphylocoque pyogène doré (10 cc.) fait mourir les lapins en quelques secondes ; mais à la dose de 1 cc. à 2 cc., ces animaux survivent. Ils ne sont nullement vaccinés contre l'action des cultures vivantes et virulentes du staphylocoque susdit. Tout au contraire, l'injection préalable de cultures filtrées semble favoriser l'action pathogène de ce microbe.

Les animaux survivants se rétablissent promptement, mais au bout de quatre à cinq semaines ils maigrissent, une diarrhée profuse survient sans cause apparente ; la température s'abaisse à 37° ou 36° et la mort arrive en deux ou cinq jours.

L'autopsie a constamment révélé les mêmes lésions, à divers degrés suivant la durée de la survie : petits abcès arrondis, de volume variable, dans l'épaisseur des parois intestinales, et principalement du gros intestin ; suppuration des ganglions lombaires ; péritonite pelvienne ; le plus souvent purulence généralisée. En aucun cas, les lésions inflammatoires ou suppuratives n'ont dépassé les limites de la cavité abdominale.

Les examens bactériologiques, colorations et cultures, ont toujours montré la présence, dans le pus, de microbes qui, d'après des recherches ultérieures sur le contenu normal de l'intestin des lapins, sont les hôtes habituels de cette cavité.

L'inoculation de ces microbes, pris soit dans l'intestin, soit dans le pus des lapins qui succombaient, est restée sans résultat lorsqu'elle était faite dans le péritoine. Seule, l'inoculation intraveineuse tuait l'animal en moins de vingt-quatre heures par septicémie, et sans aucune lésion apparente.

L'ensemble de ces expériences montre, en résumé, que l'introduction d'une toxine dans l'économie peut, sans déterminer aucun accident immédiat, provoquer la sortie, hors de l'intestin, de microbes qui s'y rencontrent à l'état normal, et que ces microbes, inoffensifs dans l'intestin, deviennent pathogènes lorsqu'ils en sortent sous l'influence d'une affection septique et déterminent, dans leur nouveau milieu, des suppurations graves qui amènent la mort des animaux à plus ou moins longue échéance.

La pathologie humaine offre de nombreux exemples de ces prédispositions morbides créées par des infections antérieures, à la suite desquelles s'opère la transformation en microbes pathogènes de microorganismes simplement saprophytes en apparence, hôtes habituels et inoffensifs de l'organisme sain.

Nos expériences apportent l'appoint du contrôle expérimental à l'étude clinique encore obscure et difficile des infections secondaires.

M. Verneuil fait remarquer, en terminant cette présentation, que les recherches de MM. Mosny et Marcano constituent un chapitre intéressant de l'histoire en voie de formation de cette grande maladie infectieuse ayant pour agent les staphylocoques et leurs produits et à laquelle il a proposé de donner le nom de *staphylococose*, comme on donne celui de *tuberculose* à la maladie provoquée par le virus tuberculeux, bacille de Koch et ses produits.

Sur la désinfection des matières fécales. — M. Vincent. Dans les essais de désinfection des matières fécales, après les avoir additionnées d'une quantité déterminée d'antiseptique, on s'est généralement contenté d'ensemencer directement les déjections dans les milieux nutritifs, introduisant ainsi, en même temps que les microbes, une certaine quantité de désinfectant, qui empêche le développement de ceux-ci, ce qui peut laisser croire, à tort, qu'ils ont été détruits.

Mes expériences ont été faites en évitant autant que possible ces causes d'erreur, c'est-à-dire en détruisant l'antisepsique avant l'ensemencement (1), soit en le neutralisant lorsqu'il était acide ou alcalin, soit en précipitant par le sulfate d'ammonium, lorsqu'il contenait un métal précipitable à l'état de sulfure.

Les ensemencements, faits ensuite dans la gélatine étalée dans des fioles de Gayon, permettaient de compter le nombre des bactéries survivantes et, par suite, d'évaluer l'activité comparée de chaque désinfectant.

Pour quelques substances antiseptiques, telles que les

(1) Les matières fécales ont été délayées dans l'urine jusqu'à consistance semi-fluide.

dérivés de la houille (crésyl, etc.), la neutralisation par un agent chimique ne pouvait être effectuée avec le même succès. Dans ces cas, on a dilué les matières fécales à ensemencer dans une quantité de gelatine nutritive assez grande pour que l'antiseptique fût porté à un degré de dilution incapable de nuire au développement des bactéries.

Seize désinfectants ont été ainsi comparativement étudiés. Ce sont : sulfate de fer, sulfate de cuivre, chlorure de zinc, bichlorure de mercure ; hypochlorites de chaux, de soude, et de potasse, chaux, soude, potasse ; acide phénique ; huile lourde de houille, crésyl, lysol, solvéol, solutol.

Les résultats obtenus nous permettent d'énoncer, en premier lieu, la proposition suivante : la stérilisation bactériologique *absolue* des matières fécales et liquides des fosses d'aisances, principalement lorsqu'elles sont putréfiées ou mélangées à la terre, est pratiquement irréalisable à moins d'élever à un taux considérable (et par conséquent fort coûteux) la proportion des désinfectants.

A des doses moyennes et acceptables de ces derniers, il persiste toujours, dans les selles, un certain nombre de bactéries, la plupart appartenant au genre bacillaire et pourvues de spores, qui fécondent invariablement les milieux de culture. La nature de ces microbes si résistants étant, d'ailleurs, inoffensive, on peut les négliger dans la pratique, et l'on est forcé de rechercher seulement une désinfection relative qui, tout en se rapprochant le plus possible de la désinfection totale, amènera, du moins, sûrement la mort : 1° des microbes pathogènes ; 2° du *Bacillus coli communis* ; 3° des bactéries de la putréfaction.

C'est d'après cette règle qu'ont été conduites les présentes recherches.

Ainsi que j'ai pu le constater, il est un certain nombre de désinfectants qui, bien que jouissant d'une grande faveur pour la stérilisation des fèces, ne possèdent cependant, à leur égard, qu'un pouvoir antiseptique insuffisant. Tels sont :

Le sulfate de fer du commerce, même à la dose de 250 litres par mètre cube de matière ;

Le chlorure de zinc du commerce dont 150 litres par mètre cube ne diminuent qu'assez peu leur teneur en germes et respectent le colibacille ;

Le sublimé corrosif à 1 pour 1.000 additionné de 5 gr pour 1.000 d'acide chlorhydrique. A volume égal, il laisse vivants, après vingt-quatre heures et plus, dans les selles, une quantité considérable de germes ;

L'huile lourde de houille qui n'est pas plus efficace que le bichlorure de mercure.

Le lait de chaux (chaux au cinquième) n'a qu'une action relativement faible, surtout à l'égard du bacille du côlon et du bacille d'Eberth. Une proportion de 50 pour 100 ne tue pas toujours le colibacille dans les selles, au bout de vingt-quatre heures.

Par contre, l'acide phénique et surtout le chlorure de chaux, le crésyl, le lysol possèdent une valeur désinfectante très grande.

Mais le meilleur agent de désinfection des matières fécales et du contenu des fosses d'aisance est le *sulfate de cuivre*. En vingt-quatre heures, on obtient une désinfection excellente avec une proportion de 7 gr. à 8 gr., 5 de sulfate de cuivre psur 1.000 cc. de matières, soit 7 kg. à 8 kg, 500 pour 1 mc. de celles-ci.

La désinfection des selles typhoïdiques au bout du même temps s'obtient avec 6 grammes de sulfate de cuivre pour 1.000 cc. de déjections. Celle des déjections cholériques réclame 4 grammes de sel. Le bacille virgule a disparu après douze heures d'action.

Ces expériences nous ont montré qu'il existe un certain nombre de causes susceptibles d'altérer les effets de la désinfection, et dont il importe de tenir le plus grand compte dans la pratique : fluidité plus ou moins grande des matières de vidange, état récent ou ancien de celles-ci, degré plus ou moins élevé de leur alcalinité, origine normale ou pathologique des selles, température ambiante, etc.

De ces divers facteurs, quelques-uns méritent surtout d'être soulignés.

1° Les selles pathologiques, qui sont en général très fluides et renferment des microorganismes pathogènes moins résistants que les saprophytes, sont plus aisément désinfectées que les matières fécales normales, dont la consistance et la composition microbienne offrent une plus grande résistance à l'action des antiseptiques.

2° La stérilisation des matières fécales est nettement influencée par la température ambiante ; toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus rapide et exige une proportion d'antiseptiques moindre en été qu'en hiver.

3° Le degré d'alcalinité des vidanges influe également beaucoup sur les effets des désinfectants, en particulier du sultate de cuivre et du chlorure de chaux. Lorsque le liquide des vidanges est ancien et putréfié, il contient de fortes proportions d'ammoniaque, qui décomposent le sulfate de cuivre et atténuent, en grande partie, ses effets.

Ces raisons m'ont conduit à étudier les résultats fournis par l'action simultanée du sulfate de cuivre et d'une faible quantité d'acide minéral destiné à neutraliser l'alcalinité des matières. L'expérimentation a effectivement montré que l'on renforce ainsi singulièrement l'activité du sulfate de cuivre en permettant à son pouvoir antiseptique de s'exercer tout entier.

Dans ce cas, les matières fécales étant acidifiées à l'aide d'une quantité d'acide sulfurique égale à 10 p. 1000 :

1° Pour les *selles normales*, putréfiées ou non, mélangées à de l'urine, et à la température de 16° en moyenne, la désinfection est obtenue en vingt-quatre heures lorsque l'on emploie une proportion de sulfate de cuivre égale à 6 gr. *pour* 1.000 cc. *ou* 6 kg. *par mètre cube* ;

2° Pour la désinfection des *selles typhoïdiques* et la destruction du bacille d'Eberth, la proportion de sulfate de cuivre n'est plus, dans les mêmes conditions de température, que de 5 gr. *pour* 1.000 cc. *ou* 5 kilog. *par mètre cube d'excréments* ;

3° Il suffit de 3 gr., 5 du même désinfectant pour neutraliser 1.000 cc. de matières contenant le *bacille du choléra*.

Dans les deux derniers cas, la désinfection est obtenue en douze heures de contact des matières et de l'antiseptique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance publique annuelle du 13 décembre 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

M. le Dr Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés en 1894.

M. le Président lit le compte rendu des travaux de l'Académie pendant l'année 1894.

Prix de l'Académie : 1.000 fr. (Annuel.) — Question : *De l'étiologie de la grippe.*

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement les récompenses suivantes : 1° 200 fr. à M. le Dr Antony, médecin-major de 1re classe, au Val-de-Grâce ; 2° 200 fr. à M. le Dr Jacquemart, de Paris ; 3° 200 fr. à MM. les Drs Sapelier et Villecourt, médecins à la Maison départementale de Nanterre ; 4° 200 fr. à M. le Dr Trouillet, médecin aide-major de 1re classe au 14e bataillon de chasseurs à pied, et M. le Dr Esprit, médecin aide-major de 1re classe au 4e régiment du génie à Grenoble ; 5° 200 fr. à M. le Dr Chiais, de Menton.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) : 800 fr. (Annuel.) — Le prix est décerné à M. le Dr Choux, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes.

Prix Amussat : 800 fr. (Bisannuel.) — Le prix est décerné à M. le Dr Mauclaire, de Paris.

Prix Baillarger : 200 fr. (Bisannuel.) — L'Académie partage le prix entre les deux candidats, M. le Dr Bourneville, de Paris, et M. le Dr A. Marie, directeur de la Colonie familiale de la Seine, à Dun-sur-Auron (Cher).

Prix Barbier : 2.500 fr. (Annuel.) — L'Académie ne décerne pas le prix mais elle accorde les encouragements suivants : 1° 1.000 fr. à MM. les Drs Bruhl et Dubief, de Paris ; 2° 300 fr. à M. le Dr Galliard, de Paris ; 3° 300 fr. à l'auteur du mémoire n° 1, M. le Dr Bertin, médecin des épidémies, à Nantes ; 4° 300 fr. à M. le Dr Luton, de Reims.

Prix Mathieu Bourceret : 1.200 fr. (Annuel.) — L'Académie décerne : 1° un prix de 900 fr. à MM. les Drs Quénu et Lejars, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris ; 2° un encouragement de 300 fr. à M. le Dr Arrou, de Paris ; 3° enfin une mention honorable à M. le Dr Thibaudet, de Saint-Claude (Jura).

Prix Henri Buignet : 1.500 fr. (Annuel.) — Le prix est décerné à M. Léon Guignard, professeur à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris.

Prix Capuron : 1.200 fr. (Annuel.) — Question : *Étude comparative sur le traitement hydrologique du diabète sucré.* L'Académie partage le prix entre M. le Dr Paul Rodet, de Paris, et M. le Dr Dubourcau, médecin aux Eaux de Cauterets.

Une mention honorable est en outre accordée à M. le Dr H. Forestier, médecin adjoint de l'hôpital thermal et de l'Asile évangélique, à Aix-les-Bains.

Prix Civrieux : 800 fr. (Annuel.) — Question : *Des troubles du langage chez les aliénés.* Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Daudet : 1.000 fr. (Annuel. — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.* L'Académie ne décerne aucune récompense.

Prix Desportes : 1.300 fr. (Annuel.) — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Beni-Barde et Materne, de Paris.

Des mentions très honorables sont en outre accordées : 1° à MM. les Drs Legendre et Broca, de Paris ; 2° à M. le Dr Cathelineau, de Paris.

Prix Falret : 900 fr. (Bisannuel.) — Question : *Les Somnambulites.* Il n'y a pas eu de candidat.

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1894, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 2.000 fr. à M. Arthus pour sa mission à Cauterets, en 1894, et ses rapports sur les eaux de Châtelguyon et Saint-Nectaire, 1893 ; 2° 2.000 fr. à M. Bernard, pour sa mission en 1894, à Vittel, et ses rapports sur les eaux de Royat et d'Hammam-Meskoutine, en 1893 ; 3° 1.500 fr. à M. Ranglaret, pour sa mission de 1894, au Mont-Dore ; 4° 1.500 fr. à M. Leblanc, pour sa mission aux eaux thermales de Saint-Amand (Nord), en 1894.

Prix Ernest Godard : 1.000 fr. (Annuel.) — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Gastou, de Paris.

Prix de l'hygiène de l'Enfance : 1.000 fr. (Annuel.) — Question : *De la mort apparente des nouveau-nés.* Le prix est décerné à M. le Dr Demelin, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Paris.

Des mentions honorables sont, en outre, accordées à : 1° M. le Dr Jacquemart, de Paris ; 2° M. le Dr G. Lepage, ancien chef de clinique obstétricale et M. G. Brosset, externe des hôpitaux.

Prix Herpin (de Metz) : 1.200 fr. (Quadriennal.) — Question : *Du traitement abortif de l'érisypèle.* Le prix est décerné à M. et Mme Cristiani, docteurs en médecine, à Genève.

Prix Itard : 2.400 fr. (Triennal.) — L'Académie décerne : 1° un prix de 2.000 fr. à M. le Dr Chauffard, de Paris ; 2° une mention très honorable avec une somme de 400 fr. à M. le Dr Courtois, médecin aide-major au 55e d'infanterie, à Nice ; 3° une mention honorable à M. le Dr Vanlair, de Bruxelles ; 4° une mention honorable à M. le Dr Juhel-Renoy, de Paris.

Prix Laborie : 5.000 fr. (Annuel.) — L'Académie décerne : 1° un prix de 2.000 fr. à M. le Dr Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et M. le Dr Maubrac, de Paris ; 2° un encouragement de 500 fr. à M. le Dr Delorme, professeur au Val-de-Grâce ; 3° un encouragement de 500 fr. à M. le Dr Demosthen, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest ; 4° un encouragement de 500 fr. à M. le Dr Felizet, de Paris ; 5° un encouragement de 500 fr. à M. le Dr Mauclaire, de Paris ; 6° un encouragement de 500 fr. à M. le Dr Schwartz, Paris ; 7° des mentions très honorables à MM. les Drs Binaud, de Bordeaux ; Forgue, de Montpellier ; Reclus, de Paris ; Guillemain, de Paris ; Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce et Tollet, ingénieur à Paris.

Prix Laval : 1.000 fr. (Annuel) — Le prix est décerné à M. Levert, licencié ès sciences physiques, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) : 2.600 fr. (Annuel.) — L'Académie décerne : 1° un prix de 1.600 fr. à MM. les Drs Broca et Lubet Barbon, de Paris ; 2° une récompense de 500 fr. à M. le Dr Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; 3° une récompense de 500 fr. à M. le Dr Gellé, de Paris.

Prix Adolphe Monbinne : 1.500 fr. — L'Académie décerne : 1° un prix de 1.000 fr. à M. le Dr Lermoyez, de Paris ; 2° un encouragement de 500 fr. à M. le Dr Marcel Baudouin, de

Paris ; des mentions honorables sont, en outre, accordées à : 1° M. Bourgès, vétérinaire en 1er au 4e hussards ; 2° M. le Dr Meilhon, médecin de l'Asile d'aliénés de Montauban ; 3° M. le Dr Delvaille, de Bayonne.

Prix Nativelle : 300 fr. (Annuel). — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Oulmont : 1.000 fr. (Annuel). — Le prix a été décerné à M. Souligoux, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Orfila : 6.000 fr. (Bisannuel). — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?* Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde un encouragement de 1 000 fr., à M. le Dr Vicente Coronado, membre del laboratio bacteriologico de la Cronica Medica de la Habana (Isla de Cuba).

D'après les intentions du testateur, la somme de 5.000 fr. restant disponible sera versée dans la Caisse de l'Association des médecins de la Seine.

Prix Portal : 600 fr. (Annuel). — Question : *Anatomie pathologique des maladies causées par le bacterium coli commune.* Le prix est décerné à M. le Dr Macaigne, de Paris.

Prix Pourat : 1.000 fr. (Annuel). — Question : *De la tension sanguine intra vasculaire.* Aucun candidat ne s'est présenté.

Prix Saintour : 4.400 fr. (Bisannuel). — L'Académie partage un prix de 2.000 fr. entre le Dr Letulle, de Paris, et M. Alfred Franklin, administrateur de la Bibliothèque Mazarine.

Des encouragements sont, en outre, accordés : 1° 400 fr. à M. le Dr Pierre Janet, de Paris ; 2° 400 fr. à M. le Dr Catrin, médecin-major de 1re cl., professeur agrégé au Val-de-Grâce ; 3° 400 fr. à MM. les Drs Ribemont-Dessaignes et Lepage, de Paris ; 4° 400 fr. à M. le Dr Verchère, de Paris ; 5° 400 fr. à M. le Dr Chipault, de Paris ; 6° 200 fr. à M. Verwaest, de Paris, docteur en droit ; 7° 200 fr. à M. le Dr Henri Lamy, de Paris.

Prie Saint-Lager : 1.500 fr. — Aucun candidat ne s'est présenté.

Prix Saint-Paul : 25.000 fr. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 1.800 fr. à M. le Dr Bourges, de Paris.

Prix Stanski : 1.800 fr. (Bisannuel). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 500 fr. à MM. les Drs Thoinot et Dubief, de Paris.

Prix Vernois : 700 fr. (Annuel). — Le prix est décerné à M. le Dr Vincent, médecin aide-major, chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Dey, à Alger.

Des mentions honorables sont, en outre, accordées à : 1° M. le Dr Simon, médecin de 1re classe des colonies, sous-secrétariat des colonies ; 2° M. le Dr Le Roy des Barres, de Saint-Denis ; 3° M. le Dr Gautrez de Clermont-Ferrand ; 4° M. le Dr Boucherau, médecin-major de 2e classe et M. le Dr Grasset, médecin de l'hôpital de Riom ; 5° M. le Dr Bec, d'Avignon.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES

L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

1° *Médaille d'or à* M. le Dr Ferras, de Bagnères-de-Luchon.

2° *Rappel de médailles d'or à* M. le Dr Tillot, de Luxeuil ;

3° *Médailles d'argent à* : M. le Dr Cathelineau, de Paris ; M. le Dr de la Garde, de Bagnères-de-Bigorre ; MM. les Drs Messerer et Gasser, médecins aides-major de 1re cl. à l'hôpital d'Oran ; M. le Dr Pouchet, de Paris ;

4° *Rappels de médailles d'argent à* : M. le Dr Forestier, à Aix-les-Bains ; M. le Dr Heulz, à la Bourboule ; M. le Dr Lavielle, de Dax.

5° *Médailles de bronze à* : M. le Dr Censier, de Bagnoles ; M. le Dr Emond, au Mont-Dore ; M. Mallat, à Vichy ; M. le Dr Paul Raymond, de Paris ; M. le Dr Roland, de Divonne (Ain).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre. — Présid. de M. Lucas-Championnière

Traitement des polypes naso-pharyngiens. — M. Verneuil. Les polypes naso-pharyngiens semblaient devenir de plus en plus rares jusqu'à ces derniers temps où ils paraissent revenir sous l'examen des chirurgiens.

Les méthodes en présence sont bien caractérisées en méthode *rapide* et *radicale*, et en méthode *lente*. Tel pourrait être le résumé concis des opinions émises par MM. Quénu, Nélaton, Lucas-Championnière dans la discussion récente. Quel doit être le procédé de choix ? Pour ma part, je me range parmi les partisans des méthodes de lenteur.

Il y a deux espèces de polypes — d'après mon expérience. La variété sarcomateuse est rare, beaucoup plus rare ; le fibrome dur est beaucoup plus fréquent. Si on tourmente, si on laisse récidiver plusieurs fois ce fibrome dur, il se transformera et deviendra sarcomateux. Cette dernière transformation peut ainsi créer une troisième variété de polype, le fibrome dur à transformation.

Pendant longtemps, j'ai combattu les opérations parcimonieuses, l'incision de Mann, puis celle de Nélaton, et je soutenais la résection radicale. J'ai gardé cette attitude jusqu'en 1870. Gosselin, à cette époque, admettait qu'il n'y avait pas de mort par hémorrhagie. Un de mes malades, en 1870, mourut d'hémorrhagie. Je recherchai alors et trouvai de très nombreux cas de morts par hémorrhagie, sans qu'il soit possible de reconnaître sous quelles influences surviennent ces hémorrhagies inattendues et formidables.

De ce moment, j'abandonnai le camp des radicaux pour entrer dans les rangs des temporisateurs.

Quelles sont les bases de jugement d'une intervention ? L'efficacité, la facilité, la bénignité.

L'efficacité est en faveur de la méthode lente ; au point de vue de la facilité, on ne peut établir de parallèle avec les méthodes radicales. L'instrument tranchant doit être abandonné dès que l'on entame le polype. Il ne faut le toucher qu'avec l'écraseur, le galvano ou le thermocautère ou les agents chimiques. Les procédés de lenteur doivent occuper le premier rang, il faut abandonner les instruments tranchants, enfin laisser la voie ouverte en permanence pour surveiller réellement et surprendre *en temps utile* la récidive.

Quand on a des polypes de petit volume, nous a-t on dit, il faut employer de petits procédés. Je ne crois pas qu'il en doive être ainsi. Plus le polype est grave anatomiquement, plus on doit employer les moyens innocents.

Lorsqu'on peut atteindre le polype par la voie palatine

incisée, ouverte, il m'a suffi dans un cas de creuser trois puits au thermocautère, puits dans lesquels il suffit d'appliquer des tampons d'acide chromique pour voir se rétracter, diminuer, disparaître la coque du fibrome à laquelle s'était réduite la tumeur sous l'influence des cautérisations à l'acide chromique.

M. Picqué a vu quatre cas de polypes naso-pharyngiens dans le service de M. Berger à Lariboisière. Dans aucun cas ne fut faite la réunion immédiate. La réparation s'est faite spontanément. L'hémorrhagie opératoire, dans trois cas, fut abondante. Dans l'un au sixième jour l'ablation du tampon fut suivie d'hémorrhagie secondaire. Et comme conclusion la voie ouverte semble préférable et la méthode lente met davantage à l'abri des accidents immédiats et des récidives.

M. Berger. Je vais avoir en vue trois points de l'histoire des polypes : le premier a trait à la méthode rapide ou lente; le deuxième, à la voie à suivre; enfin le troisième à la détermination à prendre au point de vue de la permanence de l'ouverture permettant d'arriver sur la tumeur.

Dans les opérations parcimonieuses, électrolyse, cautérisation, malgré les très bons résultats obtenus, mettent toujours un temps très long pour détruire un gros polype.

De plus les malades peuvent s'anémier, et même s'infecter par le séjour de portion escharifiées, suppurées du polype. Quand on a affaire à un très gros polype, il est peut-être préférable d'avoir recours à la résection du maxillaire, à moins que le polype, par son volume, ne soit manifestement inopérable en un temps.

La position de Rose est excellente pour les interventions sur le voile du palais, la voûte palatine.

L'hémorrhagie cède à deux moyens : la compression faite de suite après chaque incision, dans ce cas elle est toujours efficace, et l'achèvement rapide et complet de la tumeur qu'il suffit de saisir avec une forte pince, de tordre et d'arracher.

Après l'opération, il est nécessaire de faire un tamponnement et j'aborde le troisième point, c'est-à-dire le traitement ultérieur. La compression est faite avec de la gaze; dans certains cas, le tamponnement est indispensable et même on peut avoir des hémorrhagies au moment de l'ablation du tamponnement.

C'est pour cela que je ne serais pas partisan de l'autoplastie immédiate et la voie laissée ouverte permet de détruire par les procédés chimiques la récidive dès qu'elle apparaît.

M. Verneuil. Il faut s'entendre sur le mode d'arrêter les hémorrhagies ; le tamponnement est le plus efficace, et cependant l'hémorrhagie peut se faire aussi ; ainsi que je le disais, dès qu'on arrive sur le polype, il faut abandonner l'instrument tranchant ; c'est le thermo, l'écraseur, qui avancent progressivement jusqu'à ce qu'on arrive au niveau de l'insertion du polype. De plus il faut savoir que certains polypes tiennent très solidement et il peut être impossible de les arracher et pendant tous les efforts que l'on fait, l'hémorrhagie considérable se continue.

Gastrostomie pour cancer de l'œsophage. — Présentation du malade, par M. Segond.

Gastro-entérostomie au moyen du bouton de Murphy ; mort. — Présentation de pièces, par M. Quénu.

Kyste hématique de la capsule surrénale ; ablation ; mort. — Présentation de pièces, par M. Routier.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 décembre 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Traitement de la typhlite et de l'appendicite. — M. Rendu. Nous sommes tous d'accord pour séparer la typhlite véritable et les inflammations péricæcales de l'appendicite et de ses complications péritonéales. Il en est de même pour le traitement médical qui convient à la généralité des cas aigus, qu'il s'agisse de la typhlite ou d'appendicite. La seule difficulté, à proprement parler, est de juger s'il y a lieu de provoquer une intervention chirurgicale et à quel moment il convient de la pratiquer.

Deux éventualités se présentent, en pratique, au cours desquelles le médecin doit se prononcer et décider sans retard sur l'opportunité de cette intervention chirurgicale. Le premier concerne les cas d'appendicite à début sidérant, avec perforation intestinale et péritonite diffuse. Si l'on est appelé presque au moment du début des accidents, alors que le choc péritonéal est dans toute son intégrité, faut-il opérer? je ne le crois pas. Il me paraît singulièrement dangereux d'ajouter au collapsus morbide le choc opératoire et l'anesthésie chloroformique. Le traitement de choix, à cette phase de la maladie, est la glace, le champagne frappé, l'opium à doses fractionnées et les injections d'éther. Si, au bout de douze à quinze heures de ce traitement, les accidents conservent une gravité menaçante, et qu'il soit démontré qu'on ait à faire, non pas simplement à du péritonisme, mais à de la péritonite diffuse, je crois qu'il est du devoir du médecin de provoquer l'opération, c'est-à-dire une dernière chance de salut, si minime soit-elle.

En général, les choses se passent d'une façon moins dramatique, et à l'invasion des phénomènes péritonitiques du début succède une accalmie dangereuse, parce qu'elle peut illusionner la famille et même le médecin sur les risques que court le malade. C'est dans cette période qu'il faut le plus attentivement suivre les diverses phases de la maladie et explorer soir et matin l'abdomen avec l'intention bien arrêtée d'intervenir dès que la notion d'un abcès enkysté deviendra évidente.

Lorsque la fièvre se maintient avec des exacerbations vespérales et quand l'empâtement local persiste, je fais l'ouverture du foyer en me bornant à le drainer, sans chercher à réséquer l'appendice. Une fois la collection purulente mise à jour, les accidents graves sont conjurés. Ce sont là, du reste, les conclusions auxquelles sont arrivés nos collègues de la Société de chirurgie, dans la discussion qui eut lieu sur ce sujet il y a deux ans.

Une troisième éventualité justifie l'intervention. C'est même la plus nette. Je veux parler des cas d'appendicite à répétition, qui laissent après chaque crise une tumeur persistante susceptible de s'enflammer à nouveau sous le moindre prétexte. La résection de l'appendice est alors le meilleur parti à prendre.

En somme, dans l'immense majorité des cas, la périty-phlite des adultes guérit médicalement.

L'appendicite, surtout chez les enfants, est singulièrement plus grave, mais il est fort rare qu'elle tue d'emblée les malades par le premier choc qui suit la perforation intestinale. D'ordinaire, c'est dans les cinq ou six jours qui suivent, et après une détente des symptômes qui fait

croire à un début de convalescence, que surviennent les accidents auxquels succombent les malades.

La conséquence est qu'il faut toujours commencer par faire le traitement médical, et ne pas se hâter, dès l'apparition des premiers symptômes péritonéaux, de donner la parole aux chirurgiens. Seulement il faut surveiller de près ces malades afin de recourir au bistouri dès qu'on a la certitude d'une collection purulente enkystée.

231 cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique. M. Moisard. Du 1er octobre au 30 novembre 1894, nous avons dirigé le service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau.

Pendant ces deux mois, 302 enfants sont entrés au pavillon des douteux. Tous ont reçu une injection de 20 cc de sérum dès leur entrée à l'hôpital, 53 enfants ont été reconnus non diphthéritiques, gardés pendant un temps plus ou moins long au pavillon des douteux, et je rappelle qu'aucun d'eux n'a pris la diphthérie.

249 enfants sont donc entrés au pavillon Bretonneau. Au moment où nous avons quitté le service, 28 enfants s'y trouvaient encore, mais 10 étaient complètement guéris et devaient quitter l'hôpital le lendemain ou le surlendemain ; nous les avons compris dans notre statistique, laissant en dehors, bien entendu, les 18 enfants encore en traitement.

Ces éliminations faites, nous limitons donc nos observations à 231 enfants, traités complètement par nous pendant les deux mois qui viennent de s'écouler.

Sur 231 malades, 34 sont morts.

La mortalité globale est donc : 14,71 0/0.

Ce chiffre est bien inférieur à celui indiqué par M. Roux dans une communication (26 0/0). Doit-on attribuer cette diminution si sensible de la mortalité à une bénignité plus grande de la diphthérie pendant ces derniers mois? Nous devons dire que si nous avons observé des cas légers, nous en avons vu de très graves, et qu'il ne nous a pas semblé que la proportion des cas légers fût sensiblement plus grande qu'autrefois. Nous pensons que la véritable cause de cette différence est la meilleure installation du service — qui nous a permis d'isoler non seulement les broncho-pneumonies, mais tous les enfants suspects de manifestations pulmonaires — et, il faut bien le dire aussi, la rareté des complications thoraciques.

En tout cas, pour bien établir que nous n'avons cherché en rien à améliorer notre statistique par des éliminations qui auraient pu pourtant se justifier, nous dirons, qu'arrêtée d'abord à 230 cas, elle est montée à 231 par l'arrivée dans le service, le 30 novembre dans l'après-midi, d'un enfant atteint de croup avec broncho-pneumonie, et qui a succombé trois heures après son entrée. Comme il avait été injecté, nous l'avons compté. De plus, nous comprenons dans nos décès 2 enfants morts pendant la trachéotomie, 5 enfants entrés avec des broncho-pneumonies compliquant le croup ou l'angine, et morts moins de vingt-quatre heures après leur admission, 1 enfant atteint d'angine hypertoxique et mort moins de vingt-quatre heures après son arrivée dans nos salles.

Très légitimement, pensons-nous, il serait juste de distraire ces 9 cas, pour lesquels la sérumthérapie ne pouvait avoir aucun effet, pas plus que toute autre méthode de traitement. Si nous avions procédé ainsi, la mortalité serait réduite à 11,26 p. 100.

Nous ne l'avons pas voulu, parce qu'il nous fallait nous mettre absolument dans les conditions des statistiques antérieures ; et pour comparer autant que possible des périodes semblables, j'ai fait dresser la statistique de la mortalité des mois d'octobre et de novembre des cinq dernières années au pavillon de la diphthérie à l'hôpital Trousseau. Elle a toujours dépassé 5 p. 100.

Il est vraiment impossible de ne pas être frappé d'un pareil résultat, et même en admettant qu'il y ait plus de diphtéries légères qu'habituellement, ce qui ne nous semble pas prouvé, même en faisant la part d'une installation meilleure, nous pensons que la sérumthérapie est le vrai et principal facteur du résultat obtenu. Du reste, même en se tenant aux chiffres de M. Roux, le résultat serait assez beau pour en consacrer la valeur.

L'auteur discute la question de l'intubation, méthode préconisée par M. Roux. Il ne pense pas pour sa part que l'intubation doive être définitivement préférée à la trachéotomie. Puis il passe à l'étude des *accidents de la sérumthérapie*.

Cette méthode de traitement comporte-t-elle des inconvénients? Quelques-uns, et nous tenons à les signaler ; mais nous pouvons dire qu'ils sont de peu d'importance et ne diminuent en rien la valeur de la découverte de MM. Behring et Roux. Il est cependant important de les connaître, et nous tenons à les exposer en détail.

Localement, du fait des piqûres, les accidents sont exceptionnels. Sur plus de 600 injections pratiquées pendant les mois d'octobre et de novembre, nous avons observé un seul abcès. L'enfant avait reçu cinq injections. C'est la dernière qui fut suivie d'un abcès qui guérit, du reste, très rapidement après l'incision. Une asepsie rigoureuse de la peau et des instruments explique la rareté de ces accidents locaux chez des enfants dont certains ont reçu jusqu'à 120 cc. de sérum dans le cours de leur maladie. A part ce fait, nous n'avons observé, après les piqûres, qu'une légère sensibilité qui persiste généralement vingt-quatre heures, et quelquefois un érythème fugace autour de point inoculé.

Les accidents généraux, sans être très fréquents, sont cependant quelquefois assez marqués, et ils indiquent d'une façon bien nette, par leurs allures, une action vraiment toxique du sérum. Jusqu'au 10 octobre nous n'en avons pas observé ; du 10 octobre au 10 novembre nous avons eu l'occasion d'en voir quelques-uns, depuis quinze jours ils sont très rares. Le sérum, provenant de certains chevaux, a eu évidemment une action toxique plus marquée, nous ne pouvons que signaler le fait sans chercher à l'expliquer.

Ces accidents généraux de la sérumthérapie sont précoces ou tardifs. Quelquefois, très rarement à vrai dire, et en tout cas beaucoup plus rarement que dans les premiers jours d'octobre, nous avons observé, dans les quelques heures qui suivaient l'injection, des phénomènes fugaces de réaction générale, dont la seule manifestation objective était une élévation thermique allant quelquefois jusqu'à 39°, mais ne durant que quelques heures, sans aucun phénomène morbide inquiétant.

Plus importantes sont les manifestations cutanées consécutives à la sérumthérapie. Elles sont précoces ou tardives, accompagnées ou non de phénomènes généraux, et, dans quelques cas d'arthropathies assez intenses et assez durables pour simuler une poussée de rhumatisme articulaire subaigu.

Nous en avons observé 33 cas, dont :

14 cas d'urticaire ;

9 cas d'érythème scarlatiniforme ;

9 cas d'érythème polymorphe ;
1 cas de purpura.

M. Roux avait surtout insisté, dans sa communication, sur l'urticaire, et, de fait, c'est elle que nous avons observée le plus souvent. Elle paraît à une époque variable ; tantôt, rarement il est vrai, quelques heures après l'injection ; tantôt deux ou trois jours, quelquefois même plus tardivement, dix jours et même quinze jours après. Cette urticaire est plus ou moins généralisée, se produit par poussées successives le plus souvent, et n'est ordinairement accompagnée ni de fièvre, ni d'accidents généraux. Il existe à peine un peu de malaise et d'insomnie. C'est la plus légère des éruptions dues au sérum. Il peut cependant se produire concurremment des accidents généraux assez intenses. L'enfant d'un de nos collègues, inoculé préventivement de 5 centimètres cubes de sérum, présenta, cinq jours après l'injection, une urticaire généralisée avec une température de 40°. Ces accidents furent passagers.

Tout autre est l'érythème polymorphe, que nous avons observé 9 fois. Si, dans certains cas, il paraît sans aucune manifestation générale, avec les caractères classiques de l'érythème polymorphe — mélange d'urticaire, d'érythèmes papuleux, en cocarde ou marginé, alternant quelquefois avec des poussées d'érythème scarlatiniforme, localisé à quelques parties du corps, ou généralisé et disparaissant rapidement — il en est d'autres où ses allures sont beaucoup plus bruyantes, et où il s'accompagne de phénomènes généraux assez intenses pour inquiéter une personne non prévenue.

L'auteur termine en préconisant les injections préventives qui ont donné entre ses mains des résultats prophylactiques excellents. A Trousseau, aucun des enfants ainsi immunisés et laissés au contact des diphthéritiques n'a pris la diphthérie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 novembre 1894. — Présidence de M. Christian.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance imprimée : Revues et journaux habituels, en plus dernier numéro paru du *Bulletin de la Société nationale de médecine de Lyon.*

Correspondance manuscrite : Lettre de M. Desnos, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Présentation de volume. — M. Chervin offre à la Bibliothèque un volume qu'il vient de publier : *Bégaiement et autres défauts de prononciation.*

— Sur la proposition de M. de Beauvais, M. le président félicite M. Gillebert d'Hercourt, trésorier, présent à la séance, du rétablissement de sa santé. Depuis longtemps, il ne pouvait assister aux réunions.

Rapport sur la candidature de M. le Dr Guermonprez (de Lille) au titre de membre correspondant, par M. le Dr Pellier. — A la date du 3 novembre, M. le Dr Guermonprez nous a demandé de l'admettre comme membre correspondant de la Société. Il nous a adressé plusieurs brochures à l'appui, et je viens, au nom d'une commission composée de MM. de Beauvais et Polaillon, vous en exposer un résumé.

Le premier travail et le plus important date de 1891 il a été lu au Congrès français de chirurgie de la même année. Il traite de la résection partielle des deux os de l'avant-bras droit après les *traumatismes graves limités aux parties molles.*

Dans les deux observations qui ont servi de base à son travail, il s'agit de *plaies par écrasement* produites dans des engrenages de machine. Dans les deux, il y a eu dénudation dans une grande étendue de l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit, les tendons étaient flottants, les articulations ouvertes et les os plus ou moins contus. Le chirurgien se décida à réséquer *cinq centimètres* environ du radius et du cubitus.

Dans les deux cas, au bout de peu de temps, la cicatrisation fut complète et les *mouvements parfaitement conservés. Ce sont précisément ceux de la main qu'il a eu en vue de maintenir*, craignant de voir des *rétractions cicatricielles* amener une attitude vicieuse et condamner la main à l'impotence professionnelle.

M. Polaillon, il y a une dizaine d'années, avait présenté à l'Académie un rapport sur une opération identique pratiquée par le Dr Martel (de Saint Malo) pour une *plaie étendue* de la jambe *sans lésion squelettique* et où cependant la résection de 7 centimètres du tibia a été suivie d'un plein succès.

Notre confrère ajoute que c'est seulement grâce à sa confiance dans l'antisepsie, qu'il n'a pas hésité à pratiquer ces *deux opérations primitives*, pour le plus grand bien des patients, et *toujours* préférables aux opérations secondaires.

Dans le même ordre d'opérations régularisatrices, il rapporte l'observation d'une vaste plaie de la main par *glissement*, à la suite d'un coup de turbine pour laquelle il a dû faire des ablations primitives partielles et des autoplasties secondaires.

Pour la même raison, M. Guermonprez s'est montré habile praticien en réduisant une luxation métacarpo-phalangienne du pouce droit en arrière, dans la variété où le ligament antérieur arraché est entraîné en arrière avec les os sésamoïdes et mis comme à cheval sur la face dorsale du 1er métacarpien. C'est en exagérant le renversement du pouce, le tordant, lui imprimant des mouvements de circumduction, que le ligament interposé a pu être retroussé et permettre aux surfaces articulaires de se retrouver en présence l'une de l'autre.

Pour le *pouce droit* encore, M. Guermonprez a eu l'occasion de montrer à la Société de médecine de Lille, le résultat *bienfaisant au point de vue fonctionnel d'une amputation partielle*, faite rapidement après de larges débridements, dans un cas de *dactylite phlegmoneuse* menaçant d'aboutir à la gangrène, et dont la cicatrisation a été obtenue au bout d'un mois.

Toujours soucieux de sauvegarder la valeur fonctionnelle de la main des ouvriers, le chirurgien de Lille fait, dans une petite brochure, la relation d'autoplastie, *après désossement d'un ou de deux doigts*. Par trois fois, il aurait été amené à y recourir secondairement, et à prolonger l'exérèse jusqu'au milieu du métacarpien correspondant, alors que les pertes de substance, tantôt de la face palmaire, tantôt de la face dorsale, étaient trop importantes pour permettre une cicatrisation complète, ou au moins sans rétraction gênante.

Ces bénéfices de l'autoplastie ont été étendus par notre

confrère au pavillon de l'oreille après deux ablations d'épithélioma.

Voici la façon dont il l'a pratiquée : le pavillon ayant été entamé par l'opération dans une assez grande étendue, il a sectionné sous la peau deux portions triangulaires du cartilage et a suturé ensuite les bords tégumentaires, de telle sorte que l'oreille n'a pas été très raccourcie dans le sens vertical et qu'elle n'est pas restée déjetée trop en dehors.

Ses résultats favorables d'autoplastie ont été portés aussi du côté de l'urèthre. Il publie quatre observations où il avait pratiqué une résection d'une portion du canal uréthral et suturé les deux bouts en comprenant les tissus péri-uréthraux.

Quittant le domaine de la chirurgie pure, M. Guermonprez a fait, à la Société des sciences médicales de Lille, deux communications de médecine légale,

La première a trait à un sujet tératologique qui, se présentant sous le costume féminin, est reconnu après examen pour être plutôt du sexe masculin d'autant plus qu'il n'y a jamais eu la moindre apparence de règles et qu'au contraire il y a eu des érections et des éjaculations. A l'examen des parties on constate un organe pénien plutôt qu'un clitoris, dont le gland est à peu près celui d'un enfant de huit ans aplati dans le sens transversal. Le repli balano préputial est conformé de la façon la plus régulière, sauf à la partie inférieure où on remarque un sillon s'étendant jusqu'à une portion anfractueuse rouge qui plus bas simule le vagin. C'est un hypospade pénien et le vagin rudimentaire n'a pas en réalité d'ouverture distincte du conduit uréthral.

De plus dans la lèvre gauche on constate une grosseur qu'on aurait pu prendre pour une hernie, mais qui était bien un testicule.

Dans le même ordre d'idées M. Guermonprez a rédigé une consultation sur un cas d'inaccessibilité au mariage. Il s'agit d'un jeune homme de 30 ans désireux de se marier, dont la verge *est très courte, cinq centimètres* environ et qui n'a jamais eu *de perte séminale* ni diurne ni nocturne. Du côté droit on différencie les éléments du cordon et un très petit testicule ; l'examen du côté gauche est moins net.

Par le manque d'évacuation spermatique, M. Guermonprez aurait pu tirer une conclusion *rapide et sommaire* répondant à la préoccupation de la personne qui le consultait, mais il lui a paru plus judicieux de répondre en envisageant la question au quadruple point de vue *civil, physiologique, religieux* (la personne tierce qui le consultait étant un religieux) et *par ses conséquences* sociales. Ce dernier point de vue paraît avoir été le plus déterminant pour le jeune homme lui-même.

Parmi les nombreuses publications de M. Guermonprez, je remarque encore celle où, à propos d'*un kyste du mésentère*, il approfondit l'origine en général de ces kystes et arrive, dans le cas qui lui est soumis, à un traitement heureux par *la marsupialisation*. Ici, il se montre véritable clinicien en même temps que hardi opérateur. Il s'agissait d'une femme de 39 ans présentant un ventre volumineux, saillant mais non tendu, sans développement des veines abdominales. La grosseur empiétait beaucoup sur l'un des côtés, n'était pas mobile et *sans la sonorité qui existait en avant le diagnostic eût été difficile*. S'agissait-il ou non d'un kyste de l'ovaire ? L'opération seule a montré que tout en se prolongeant en bas jusque dans le cul-de-sac de Douglas les deux feuillets du mésentère seuls étaient écartés et déformés et contenaient dans leurs replis la tumeur.

La nature de ce kyste lui a paru intéressante à élucider et après l'examen chimique du liquide, il conclut à un kyste séreux. Avec M Quénu dans son article du traité de chirurgie, il pense que ces kystes sont le plus souvent liés à une altération du système lymphatique (ganglions, ou fente chylifère). Ce seraient des lymphangiomes kystiques et le cas en question a paru un argument nouveau à l'appui de cette opinion, sur l'origine de la majorité des kystes de cette région. De ces considérations découlent les méthodes thérapeutiques que M. Guermonprez passe toutes en revue et il conclut en disant que l'extirpation doit *être complète*, contrairement à l'opinion de ceux qui suturent les deux lèvres de ce qu'ils ne peuvent enlever de la poche kystique en refermant la plaie abdominale ; sans quoi il vaut mieux faire la marsupialisation.

Elle s'impose, dit-il, lorsque les conditions ne sont pas suffisamment favorables pour mener à bien l'extirpation complète et c'est pourquoi chez cette femme, la constatation d'adhérences multiples après la laparotomie ne paraissant pas permettre de faire l'énucléation totale. M. Guermonprez après l'incision, a réuni les deux bords du kyste à la paroi abdominale et a fait le drainage par une sonde à demeure qui n'a été maintenue que six semaines.

Mon rapport, en somme, ne peut être qu'un *pâle reflet* de tous les travaux de M. Guermonprez. Ils sont fort nombreux, variés, même considérables, très consciencieux et feraient faire une excursion profitable dans toute la pathologie chirurgicale. Aussi lui ont-ils donné l'accès de toutes les sociétés médicales scientifiques de sa région, en particulier de l'Académie de médecine de Bruxelles, et plus tard celui de la Société de Chirurgie, dont il est membre correspondant. Son admission dans la nôtre, à ce même titre, n'admettra pas d'hésitation, ni ne soulèvera de controverse, et j'ai l'honneur de vous la demander.

Les conclusions favorables à l'admission sont adoptées ; l'élection aura lieu à la prochaine séance.

MM. Duroziez et Polaillon présentent quelques observations sur les résultats opératoires obtenus par M. Guermonprez.

Traitement de la tuberculose genitale par les injections interstitielles de chlorure de zinc. — M Ed Wickham lit, au nom de M. Desnos empêché, le travail publié dans la *France médicale*, p. 769.

Discussion. — M. Dubuc. J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Desnos. Le Dr Ozenne a déjà cité des cas de tuberculose de l'épididyme et du testicule où la méthode sclérogène du professeur Lannelongue avait été employée avec avantage. Je désire, à ce propos, citer un cas que j'ai pu suivre dès l'origine et où un traitement médical approprié, aidé d'une bonne hygiène, a amené la disparition presque complète de l'affection, dans un espace de temps assez long, il est vrai, quatre ans environ.

Il s'agit d'un malade, alors âgé de 28 ans, chez lequel j'ai fait mon premier examen en janvier 1890. Le testicule et l'épididyme gauches étaient augmentés de volume dans leur ensemble, parsemés de noyaux indurés bien nets. Quelques nodosités étaient disséminées dans la prostate, particulièrement dans le lobe droit.

Le traitement a consisté en applications prolongées de sparadrap de Vigo cum mercurio, en suppositoires à l'iodoforme, dans l'usage à l'intérieur d'huile de foie de morue, avec ou sans créosoté, de sirop de protoiodure de fer, de préparations arsenicales et de quinquina.

Chaque été le malade a été soumis à l'hydrothérapie.

Il a de plus fait deux saisons à la Bourboule en 1892 et cette année même.

Il y a eu, dans le long intervalle, des améliorations suivies de nouvelles poussées. Mais en définitive, l'affection a marché vers la guérison et celle-ci semble maintenant près d'être obtenue ; voici, en effet, ce que j'ai constaté à mon dernier examen, le 7 novembre 1894 : on ne perçoit plus aucune indication de l'épididyme ; le testicule lui-même ne présente plus de bosselures qu'en un point, en avant. Il est très diminué de volume dans son ensemble, manifestement en voie d'atrophie. Le testicule droit n'a jamais rien eu ; je n'ai pas pratiqué en dernier lieu l'examen de la prostate.

Je pourrais citer nombre d'autres malades chez lesquels l'affection ou bien est demeurée stationnaire, ou bien a suivi également une marche régressive.

Chez les malades atteints de tuberculose prostatique, on observe habituellement la même marche favorable de l'affection, à la condition que des soins et une hygiène convenables puissent être mis en usage. L'intervention directe me semble donc encore moins indiqué que chez les précédents, attendu qu'elle a été suivie parfois d'accidents sérieux, ainsi que cela résulte, du reste, des faits qui nous sont communiqués par M. Desnos.

— La suite de la séance est consacrée à la discussion d'une question d'ordre intérieur.

— La séance est levée à 5 h. 3/4.

Séance du 8 décembre. — Présidence de M. Christian.

La séance est ouverte à 4 heures.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

On procède aux votes pour le renouvellement du bureau.

Présidence. — Votants, 17 : M. Besnier, 16 ; 1 bulletin blanc.

Vice-président. — Votants, 17. — 1er tour : MM. Ladreit de Lacharrière, 8 ; Rougon, 5 ; Bouloumié, 4.

2e tour: MM. Ladreit de Lacharrière, 10 ; Rougon, 6 ; Bouloumié, 1.

Secrétaires annuels. — Votants, 15 : MM. Berne, 14 ; bulletin blanc, 1 ; de Pezzer, 14 ; bulletin blanc, 1.

Conseil d'administration. — M. Christian, président sortant. Votants, 15 ; M. Rougon, élu par 9 voix.

En conséquence, le bureau de 1895 est composé de M. J. Besnier, président. — M. Ladreit de Lacharrière, vice-président. — M. Edmond Wickham, secrétaires général. — M. Gillebert d'Hercourt, trésorier. — M. Pellier, archiviste. — MM. Berne et Pezzer, secrétaire annuels. — MM. Christian et Rougon, membres du Conseil d'administration.

A élire à la prochaine séance les quatre membres du Comité de rédaction.

— M. Guermonprez (de Lille) est élu membre correspondant à l'unanimité de 18 votants.

— La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIIe ARRONDISSEMENT

Séance du 30 octobre 1894. — Présidence de M. Verchère.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend : 1° Une lettre du Dr Sainton demandant quelles sont les formalités à remplir pour être membre de la Société. 2° Une lettre du Dr Bucquoy remerciant M. le Secrétaire général des félicitations qu'il lui a adressées à propos de la distinction honorifique dont il a été l'objet. 3° Une lettre de candidature du Dr Sottas fils : M. Julien, rapporteur. 5° Une lettre de candidature du Dr Bonnaire : M. Percheron, rapporteur.

M. le Président fait part de trois résolutions prises dans le Conseil général des sociétés d'arrondissement : L'une que chaque société participe à la souscription Laffitte : la Société, à l'unanimité, vote 50 francs ; L'autre, qu'il soit porté à la connaissance de toutes les sociétés d'arrondissement que les démarches faites pour mettre un terme à l'exercice illégal de la médecine pratique par Mlle de Verneuil sont sur le point d'aboutir ; La troisième que chaque Société soit invitée à porter sa cotisation individuelle à 20 fr.

M. Monnier communique deux observations de chirurgie orthopédique : l'une de **varus équin double d'origine paralytique, guérie par les ténotomies multiples**, l'autre de **genu-valgum double redressé par l'ostéotomie sus-condylienne.**

M. Le Bec. J'ai vu le malade ostéotomisé et j'ai été frappé du résultat obtenu : néanmoins l'ostéoclasie avec l'appareil Colin ne produit de raideurs prolongées que si on laisse le membre trop longtemps dans l'appareil comme cela s'est produit chez un jeune homme qui, par suite de mon départ en vacances, était resté 45 jours sans mobilisation : deux chloroformisations ont été nécessaires pour rompre les adhérences et elles ont déterminé un arrachement partiel du tendon du triceps.

Si ce jeune homme avait été mobilisé vers le vingt-cinquième jour, ce ne serait pas arrivé.

M. Monnier. Il me souvient avoir vu en 1884 un jeune homme ostéoclasié des deux fémurs conservant une raideur extrême des genoux et une atrophie des muscles de la cuisse.

M. Verchère. M. Monnier nous dit qu'il est partisan de l'ostéoclasie manuelle chez les enfants, et de l'ostéotomie chez les adolescents, or, il me semble que l'action violente qu'il produit sur les ligaments du genou doit traumatiser bien plus la jointure que l'ostéoclaste Colin ou celui de Robin qui agissent, le premier sur la face interne du condyle interne, le second sur la face postérieure des deux condyles, donc en aucune façon sur les ligaments articulaires.

M. Monnier. Nous savons parfaitement que l'ostéoclaste bien appliqué n'agit pas sur les ligaments, mais la fracture épiphysaire qu'il produit s'accompagne d'un tel traumatisme qu'elle détermine un épanchement séreux ou séro-sanguin intraarticulaire, tout comme les fractures accidentelles et c'est cet épanchement qui amène des raideurs consécutives.

M. de Crésantignes fait une communication sur le **traitement local et la méthode sérumthérapique dans la diphthérie.** (V. *France médicale*, n° 45 p. 705.)

M. Le Bec. Le traitement local ne doit pas être appliqué

avec trop de rigueur : j'ai vu cette année un jeune garçon d'une dizaine d'années succomber vraisemblablement à des hémorrhagies internes et externes déterminées par ce traitement contre lequel il se révoltait absolument.

M. Monnier. J'ai observé l'enfant dont vient de nous parler M. Le Bec et je suis également convaincu que c'est la rigueur avec laquelle les écouvillonnages et les lavages ont été faits qui a déterminé la mort.

M. Sottas. Je suis partisan du traitement local combiné à l'emploi de la sérumthérapie et je me suis particulièrement bien trouvé des badigeonnages de camphre phéniqué ; mais je ne veux pas d'écouvillonnages énergiques.

M. Richardière. Dans l'idée de Roux, l'ablation des fausses membranes ouvre la porte à l'absorption des toxines : je suis partisan de la sérumthérapie simple, aidée tout au plus de lavages salicylés.

M. de Crésantignes. Je continuerai à faire des écouvillonnages, avec douceur à la vérité, ainsi du reste que des lavages ; d'ailleurs Roux admet quelques lavages salicylés : mais ou ceux-ci sont nuisibles ou ils sont utiles ; s'ils sont utiles, comme tout le monde l'admet, ils doivent être fréquents pour être efficaces.

La séance est levée.

Un des Secrétaires annuels,
L. Monnier.

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine.

Séance du 5 novembre. Présidence de M. le Dr Verchère.

Après une légère rectification au procès-verbal demandée par le Dr Philbert, le texte est adopté.

La correspondance comprend : une lettre de MM. les Drs Ducor et Jasiewicz s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ; une lettre de M. le Dr Jamin annonçant que la Société médicale du IXe a voté 100 francs pour la souscription Laffitte et une autre du Dr Kinzelbach, contenant 50 francs, envoyés au nom de la Société du XIe, ce qui porte à 1.476 francs les cotisations votées par les Sociétés d'arrondissement. M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. le professeur Brouardel, autorisant le Conseil à réunir les Sociétés médicales dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

M. le Président donne ensuite lecture d'une lettre à lui adressée par M. le Dr Laffitte. Notre estimable confrère, après avoir chaleureusement remercié, à nouveau, le Conseil de la sympathie qu'on lui a témoignée, fait avec juste raison ressortir que c'est lui le premier bénéficiaire de ce vaste effort de concentration qui devient une nécessité pour le corps médical. A ce titre ce document méritait d'être conservé, et il est décidé que la lettre du Dr Laffitte serait déposée aux Archives.

Le Dr Putel donne ensuite connaissance du résultat obtenu dans l'affaire de la demoiselle Schicklé dite Dr de Verneuil, qui a été appelée à la 10e chambre sur opposition de la plaignante au 1er jugement. Le fait d'exercice illégal étant évident, ladite dame a été condamnée à deux mois de prison et 200 francs d'amende.

La fin de la séance est consacrée à l'ordre du jour de la réunion plénière du dimanche 16.

Le Secrétaire général :
Dr Cayla.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Lyon. — La chair de pathologie externe de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordée aux candidats pour produire leurs titres.

Médecins conseillers généraux. — Le Dr Besson, de Saint-Jeoire, a été élu, dimanche dernier, conseiller général de la Haute-Savoie, par 1 085 voix sur 1.092 votants.

Réunion des syndicats médicaux de France. — Dimanche a eu lieu à l'hôtel des Sociétés savantes une réunion des délégués des syndicats médicaux de France ; une cinquantaine de départements y étaient représentés.

Le Dr Porson, de Nantes, président de l'Union des syndicats, présidait.

La discussion a porté sur les rapports des sociétés de secours mutuels avec les médecins. Les délégués ont demandé que le Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, qui doit être prochainement créé par une loi, comprenne plusieurs membres du bureau de l'Union des syndicats.

Relativement au service médical gratuit, ils ont demandé que les malades aient la facilité de choisir leur médecin et que celui-ci soit payé par visite, non par abonnement.

Au sujet des maladies contagieuses, les délégués ont demandé que, comme sanction à la déclaration des médecins, les services de désinfection soient régulièrement organisés.

Les délégués ont généralement approuvé la loi récemment votée par le Sénat, d'accord avec le gouvernement, sur l'exercice de la pharmacie dans les campagnes. Cette loi tend à autoriser le malade éloigné d'une pharmacie de plus de six kilomètres à recevoir les médicaments directement de son médecin. Un certain nombre d'assistants ont néanmoins demandé que la distance soit réduite à quatre kilomètres.

La réunion a émis en outre le vœu que les étudiants en médecine fassent leur année de service militaire dans les hôpitaux ou dans des services en rapport avec leurs études professionnelles.

L'Union des syndicats médicaux a ensuite renouvelé son bureau :

M. Porson, de Nantes, a été maintenu à la présidence. MM. Albert Leblond, de Paris ; Cellier, de Laval ; Pouillot, de Poitiers et Jubiot, de Marseille, ont été nommés vice-présidents. M. Ozenne, de Paris, a été maintenu secrétaire ; M. Maurat, de Chantilly, a été nommé trésorier ; MM. Blaiziot, de Nantes, et Barette, de Caen, ont été nommés secrétaires.

Le soir, un banquet a réuni les délégués. M. Lourties, ministre du Commerce et de l'Industrie, qui devait le présider, s'étant trouvé empêché, le banquet a été présidé par M. Labbé, sénateur, délégué du Syndicat de la Seine.

Au dessert des toasts ont été portés par MM. Porson, André Leblond, Labbé, Maxime Lecomte, etc.

Administration sanitaire. — Récemment, M. Vaillant, député de la Seine, a déposé, au nom de plusieurs de ses collègues et au sien, une proposition de loi tendant à la création d'un ministère du travail, de l'hygiène et de l'assistance publique. Ce ministère comprenait quatre direc-

tions : 1° du travail; 2° de l'hygiène et de la médecine publiques; 3° de l'assistance publique; 4° de la statistique.

Maternité de Paris. — Il est nommé, à la Maternité de Paris, un accoucheur en chef, directeur de l'École d'accouchements, et un accoucheur adjoint. Le service de gynécologie de la Maternité est transféré dans le service d'accouchements de Cochin, et un même nombre de lits d'accouchements est transporté de Cochin à la Maternité.

Le chirurgien chargé du service d'accouchements et de gynécologie à Cochin, prend le titre de chirurgien consultant de la Maternité; il devra être appelé pour toute opération ne nécessitant pas directement la pratique des accouchements.

La consultation de gynécologie de la Maternité est transportée pour la partie médicale à la Charité (service de M. Labadie-Lagrave) et pour la partie chirurgicale à Cochin (service de chirurgie consultante).

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissements de la Seine. — Conformément au vote émis dans la séance d'octobre dernier, la première réunion plénière des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine aura lieu le dimanche 16 décembre, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Société médico-chfrurgicale de Paris. — Le bureau de la Société médico-chirurgicale de Paris pour l'année 1895 est composé de la façon suivante :

Président : Dr E. Philbert. — Vice-président : Drs Christian et Routier. — Secrétaires généraux : Drs Tripet et Pennel. — Secrétaires des séances : Drs Hureau de Villeneuve et Debrigode. — Trésorier, M. Vigier.

Rue Pasteur. — Le Conseil municipal a émis le vœu que le nom de Pasteur soit donné à la rue d'Ulm.

Il a adopté en outre une proposition de M. Lampué tendant à allouer à l'École normale supérieure une subvention de 1.500 francs pour l'érection d'un buste à l'illustre savant.

Il y a déjà une autre rue Pasteur à Paris.

Le monument de Planchon. — On a inauguré dimanche à Montpellier un monument à la mémoire de Planchon, l'ancien directeur du jardin de cette ville. La souscription avait été ouverte sur l'initiative de la Société centrale d'agriculture de l'Hérault.

Planchon, qui fut successivement professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Nancy, professeur et directeur de l'École de pharmacie de Montpellier, est l'introducteur en France des ceps américains. C'est au vainqueur du phylloxera que les viticulteurs reconnaissants de l'Hérault ont érigé ce monument.

Pour des polypes. — Il vient de se plaider devant le tribunal civil d'Arras un assez curieux procès. Au commencement de 1893, M. P..., négociant, se rendait chez le Dr G... pour s'y faire extraire deux polypes qu'il avait dans le nez; le docteur coupa les polypes. Mais le lendemain, il y eut encore quelque chose à couper, puis une troisième et une quatrième fois.

Il y eut ainsi 11 visites, avec, à chacune, examen chirurgical et perte de sang.

A la onzième, le négociant jugea qu'il avait assez perdu de sang et ne retourna plus chez le docteur. Il faut dire que, quelque temps auparavant, M. P... avait reçu, pour une bronchite, 36 visites du docteur !

En février 1893, le docteur envoya sa note, se montant à 695 francs. Le négociant jugea cette note un peu élevée et demanda des explications.

Le docteur répondit que 36 visites à 5 francs, cela faisait 180 francs; que parmi ces visites il y en avait plusieurs dites « d'urgence » à 10 francs chacune et que le reste était pour les opérations. Il restait donc 500 francs pour les polypes.

Trouvant cette réclamation exagérée, le négociant offrit au docteur 150 francs pour les polypes, sans préjudice des 180 francs de visite.

L'offre n'ayant pas été acceptée, on plaida. Le tribunal a réduit la note des polypes à 150 francs; il a maintenu celle des visites à 180 francs et annulé les visites dites d'urgence. (*Le Temps.*)

Laënnec devant ses contemporains. — Dans une curieuse étude sur Laënnec, publiée par *La Loi médicale*, M. le Dr A. Roussel raconte une anecdote tirée de mémoires du temps.

Très royaliste, très religieux, très clérical, comme nous dirions aujourd'hui, Laënnec, autant à raison de ses opinions que de son talent, avait une clientèle des plus aristocratiques. En tête de son ouvrage capital, le premier titre qui suit son nom est celui de *Médecin de S. A. R. Madame la duchesse de Berry*. Etait-il donc aimé et apprécié de ce grand monde, comme il le méritait? Il semble que non, et cela nous console un peu de l'ingratitude des épiciers que nous sommes appelés à soigner. Une lettre de Mme de Châteaubriand, récemment publiée, parle de Laënnec avec la plus admirable désinvolture. « Notre petit *secco*, dit Laënnec, est parti pour son pays de Quimper; il n'a dit adieu à personne, mais il a envoyé son mémoire à tout le monde. Je pense qu'il ne reviendra pas. Enfin, j'ai pris le parti de me porter à merveille et suis décidée à n'avoir plus d'autre médecin que le bon sens et de médecine que le lait d'ânesse. » Voyez-vous cela? En 1817, Madame a été très malade à Mont-Boissier d'une broncho-pneumonie rubéolique, et l'on a pu craindre les pires extrémités. Laënnec, son médecin, mandé auprès d'elle, la met hors d'affaire. Deux ans plus tard, malade lui même, comme un animal blessé qui cherche un refuge dans un taillis écarté, le pauvre médecin quitte Paris pour aller respirer l'air du pays natal. Avant de partir, il réclame les honoraires qu'on a négligé de lui payer et la grande dame se récrie. Ardez le manant, dirait-elle volontiers.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER. 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*